

**Solicitantes para el Programa de Telecomunicaciones Accesibles de Maryland (MAT):**

1. Complete las partes 1, 2, 3 y 4 de esta solicitud (páginas 1 a 5).
2. Separe la página 7 por la parte perforada. Complete la sección superior de la Parte 5, del Formulario de Certificación de Discapacidad, y entregue este formulario a su médico, audiólogo, consejero de rehabilitación, patólogo del habla, trabajador social, psicólogo, consejero de salud mental, profesional de enfermería registrado o practicante con licencia, o fisioterapeuta, para que lo complete y lo devuelva directamente a MAT. Si los documentos son demasiado grandes, pegue la etiqueta prepagada en la parte delantera de otro sobre.
3. Haga una copia de sus documentos de elegibilidad requeridos (no envíe los documentos originales; no serán devueltos). Las copias de los formularios de elegibilidad pueden doblarse y colocarse junto con la solicitud completa, y enviarse directamente a MAT mostrando el panel prepagado y con dirección en el exterior.
4. Se recomienda a los solicitantes guardar una copia de su solicitud completa como referencia personal.

*Si prefiere enviar su solicitud y documentación por correo electrónico, puede hacerlo a [MAT.Program1@Maryland.gov](mailto:MAT.Program1@Maryland.gov)*

**Solicitud para el programa MAT Parte 1**

**Escriba en letra imprenta. Utilice tinta.**

_____		_____	_____
Apellido		Nombre	Segundo Nombre
_____			_____
Dirección postal (no debe ser un apartado de correos)			Apto.
_____		_____	_____
Ciudad		Estado	Código postal
_____		_____	
Número del Seguro Social (últimos 4 dígitos)		Fecha de Nacimiento: mm/dd/aaaa	
_____		_____	
Correo electrónico		Número de teléfono	

**Marque con un círculo todo lo que corresponda:**

Voz    Teléfono con subtítulos    HCO    STS    Video

**Su condado (marque uno):**

- |   |                                     |  |                                     |
|---|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allegany         | <input type="checkbox"/> Carroll    | <input type="checkbox"/> Harford         | <input type="checkbox"/> St. Mary's |
| <input type="checkbox"/> Anne Arundel     | <input type="checkbox"/> Cecil      | <input type="checkbox"/> Howard          | <input type="checkbox"/> Somerset   |
| <input type="checkbox"/> Baltimore City   | <input type="checkbox"/> Charles    | <input type="checkbox"/> Kent            | <input type="checkbox"/> Talbot     |
| <input type="checkbox"/> Baltimore County | <input type="checkbox"/> Dorchester | <input type="checkbox"/> Montgomery      | <input type="checkbox"/> Washington |
| <input type="checkbox"/> Calvert          | <input type="checkbox"/> Frederick  | <input type="checkbox"/> Prince George's | <input type="checkbox"/> Wicomico   |
| <input type="checkbox"/> Caroline         | <input type="checkbox"/> Garrett    | <input type="checkbox"/> Queen Anne's    | <input type="checkbox"/> Worcester  |

# Solicitud para el programa MAT Parte 1 | Continuación

¿No tiene teléfono? ¿No puede usar el teléfono? ¿Menor de 18 años? ¿Tiene un guardián? Háganos saber a quién podemos llamar.

Nombre \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

**Marque con un círculo todo lo que corresponda:**

Voz    Teléfono con subtítulos    HCO    STS    Video

## Su medio de comunicación - marque todos los que correspondan:

- Voz                       Lectura de labios     Lenguaje de Señas Americano     Lenguaje de Señas Inglés  
 Notas escritas     Tippear     Braille     Comunicación aumentativa y alternativa (AAC)

## ¿Ha aplicado antes?

- No     No estoy seguro     Sí - ¿en qué año? \_\_\_\_\_

## ¿Cómo se enteró de nuestra existencia? (Indique además el nombre del evento, la publicación, etc.)

- Anuncio de Televisión \_\_\_\_\_  
 Anuncio Digital \_\_\_\_\_  
 Publicación Impresa \_\_\_\_\_  
 Conferencia \_\_\_\_\_  
 Referencia \_\_\_\_\_  
 Evento Comunitario \_\_\_\_\_  
 Familia o Amigo \_\_\_\_\_  
 Otros \_\_\_\_\_

## ¿Está interesado en recibir nuestro boletín de noticias?

- Sí     No

Si su respuesta es sí, ¿cuál es el método de entrega preferido?     Correo electrónico     Correo postal

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

(Si es diferente al correo electrónico proporcionado en la página anterior)

## Solicitud para el programa MAT Parte 2 | Continuación

### Usted... (marque la casilla si la respuesta es afirmativa)

¿Tiene servicio de teléfono fijo en su casa?

Si no es así, ¿ha solicitado el servicio telefónico?  Sí  No

¿Tiene servicio de Internet en su casa?

Si no es así, ¿ha solicitado obtener el servicio de Internet?  Sí  No

### Recibe alguno de los siguientes:

Seguro Social (SSA)

SSI (Seguro de Ingreso Suplementario)

SSDI (Seguro de Incapacidad del Seguro Social)

**Por favor, incluya una copia de su carta de concesión más reciente de la Administración de Seguro Social.**

**O**

Beneficios para veteranos (VA)

Programa de Asistencia Temporal por Incapacidad (TDAP)

Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)

Asistencia farmacéutica, médica o de vivienda

**Incluya la copia más reciente de la documentación como prueba de elegibilidad.**

**O**

Vive con un ingreso limitado o fijo

**Incluya los 2 talones de pago más recientes, O; talones de pago de desempleo, O; los formularios de impuestos de ingresos del último año.**

¿Cuántas personas viven en su hogar? \_\_\_\_\_

### TAMBIÉN INCLUYA :

Copia de su factura de teléfono, internet u otra factura de servicios públicos

Copia de su documento de identidad con fotografía emitido en Maryland, licencia de conducir o tarjeta de identificación

**NO ENVÍE LOS ORIGINALES (no serán devueltos)**

# **Solicitud para el programa MAT, Parte 3, Declaración de Términos y Condiciones**

## **para la Aceptación de Bienes del Estado para Uso Personal**

Entiendo y acepto lo siguiente:

1. El equipo se me presta para mi uso personal para acceder al teléfono y puedo utilizarlo mientras sea residente de este Estado. Las condiciones de mi uso son (1) No venderé, empeñaré, regalaré, prestaré o transferiré a otros los derechos que pudiera tener sobre este equipo y (2) cumpliré con todos los términos y condiciones de esta declaración que voluntariamente acepto firmar.
2. Entiendo que si el equipo se daña, se me puede exigir que pague las reparaciones o que reemplace el equipo.
3. Si el equipo está dañado, NO intentaré reparar o desmontar el equipo. Devolveré el equipo al proveedor. Entiendo que si intento reparar o desmontar el equipo, se anulará la garantía del fabricante y se me exigirá que pague las reparaciones o que sustituya el equipo.
4. Cuando la reparación del equipo sea necesaria debido al DESGASTE NORMAL, a discreción de la oficina de MAT, se me proporcionará sin costo alguno. Deberé enviar el equipo de vuelta al proveedor para su reparación.
5. Si mi equipo es ROBADO, lo denunciaré inmediatamente a la policía. Enviaré inmediatamente una copia de la denuncia policial a la oficina de MAT. No se me podrá expedir un reemplazo hasta que haya hecho esto. Entiendo que el Estado NO puede darme otro equipo si me lo roban.
6. Si PERDIERA mi equipo, debo informar de la pérdida a la oficina de MAT inmediatamente. Entiendo que el Estado NO puede darme otro equipo si lo pierdo.
7. Soy el único responsable del uso del equipo y dicho uso es bajo mi propio riesgo y costo. Soy el único responsable de cualquier información, incluida la información confidencial y de identificación personal, que almacene en el equipo, o que proporcione a otros mediante el uso del equipo, incluida la garantía de la exactitud, autenticidad, integridad y cumplimiento de la legislación aplicable que rige mi uso del equipo, y de todas las obligaciones y responsabilidades relacionadas. Ni yo ni ninguna otra persona tiene derecho a hacer valer ninguna reclamación o causa de acción contra el Estado de Maryland debido a o en relación con el uso de, o la incapacidad de usar, el equipo. Si el Estado de Maryland incurre en alguna responsabilidad debido a mi uso, o incapacidad de uso, del equipo, indemnizaré al Estado de Maryland en la medida de dicha responsabilidad.
8. Es contra la ley presentar declaraciones falsas con respecto a la propiedad del Estado perdida, dañada o robada. Entiendo que las declaraciones falsas presentadas por mí pueden dar lugar a que se me procese penalmente. Entiendo que si vendo o me apropio del equipo, puedo ser procesado penalmente. Entiendo y acepto defender, indemnizar y eximir de responsabilidad al Estado de Maryland, y a sus unidades, agentes, agencias, departamentos, funcionarios, representantes y empleados de cualquier reclamación, daño y gasto de cualquier naturaleza que surja del uso o mal uso, por mi parte o por parte de cualquier persona, del equipo que se me haya dado para mi uso personal. Además, entiendo y acepto que el Estado de Maryland, y sus unidades, agentes, agencias, departamentos, funcionarios, representantes y empleados no son responsables por el equipo suministrado por el proveedor del equipo, por cualquier acto u omisión del proveedor o del fabricante del equipo. Cualquier reclamación o disputa sobre el equipo podrá hacerse valer únicamente contra el proveedor o el fabricante del equipo. El Estado no se considerará vendedor del equipo y no se considerará en modo alguno parte de ninguna transacción entre el cliente y el proveedor o fabricante del equipo.
9. El incumplimiento de estas Condiciones de Aceptación puede dar lugar a que se me niegue el privilegio de contar con un equipo de acceso telefónico especializado proporcionado por el Estado de Maryland.
10. Tras la aprobación de un formulario de solicitud, se me notificará la aceptación por escrito. De ser necesario, solicitaré una capacitación específica para el dispositivo que recibiré. Si soy menor de edad, un padre/guardián me acompañará a la capacitación requerida para firmar esta declaración. Si no puedo asistir físicamente a la capacitación, puedo llamar al 800-552-7724 o 410-767-7253 (Voz/TTY) 410-801-9618 (Teléfono con Video) para organizar una capacitación en un lugar alternativo. Si se necesita un dispositivo actualizado debido al deterioro de mis condiciones de salud, debo obtener una carta de mi médico, audiólogo, patólogo del habla o fisioterapeuta, y enviaré una copia de la carta a la oficina de MAT.

Habiendo leído todas las condiciones anteriores y siguientes o habiéndomelas leído y explicado, acepto cumplir con todos los términos y condiciones de este programa. Afirmo que soy, o que el menor por el que firmo es, elegible para recibir el equipo solicitado, habiendo (1) proporcionado la certificación médica de discapacidad requerida; (2) cumplido con las directrices de ingresos recibiendo actualmente una forma de ingreso identificada en la Parte 2 (página 3) de la solicitud; (3) firmado la declaración de términos y condiciones para la aceptación de la propiedad del Estado; y (4) confirmado que yo, o que el menor por el que firmo, no estoy recibiendo un equipo similar a través de otras agencias o departamentos estatales o federales.

---

Nombre Impreso

Firma (Solicitante o padre/tutor, si es menor de 18 años)

Fecha

---

Nombre del Testigo

Firma

Fecha

# Solicitud para el programa MAT, Parte 4

## Autorización para la Divulgación de Información Médica

Últimos 4 dígitos del Seguro Social:

\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento:

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Mes      Día      Año

1. De acuerdo con el Artículo General de Salud de Maryland §4-303, autorizo el uso o la divulgación de la información de salud del individuo arriba mencionado como se describe a continuación.
2. Las siguientes personas u organizaciones están autorizadas a realizar las divulgaciones. (Si usted es un solicitante con dificultades de habla, le pedimos que solo incluya la información de su patólogo del habla, en caso de que lo tenga. Si usted es un solicitante con movilidad limitada, le pedimos que solo incluya la información de su fisioterapeuta, si tiene uno).

Nombre del médico o profesional de salud que llena el formulario de certificación de discapacidad:

\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

3. El informante de salud puede ser revelado y utilizado por Telecomunicaciones Accesibles de Maryland (MAT), 301 W. Preston Street, Suite 1008A, Baltimore, Maryland 21201 y las organizaciones contratantes a los efectos de la solicitud de una evaluación del equipo de Telecomunicaciones Accesibles de Maryland.
4. El tipo y la cantidad de información que se utilizará o divulgará son los siguientes  
a. Audición      b. Visión      c. Habla o Expresión Oral      d. Movilidad      e. Cognición
5. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se utilizará o divulgará. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y que la información puede no estar protegida por las normas federales de confidencialidad.
6. Esta autorización expirará un año después de la fecha de su ejecución.

**Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo ponerme en contacto con Telecomunicaciones Accesibles de Maryland y hablar con un representante.**

Nombre Impreso

Firma (Solicitante o padre/tutor, si es menor de 18 años)

Fecha

Nombre del Testigo

Firma

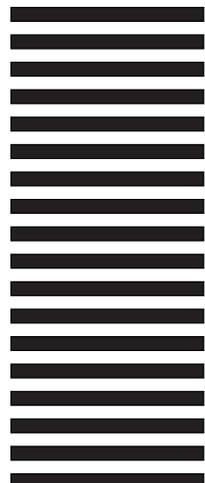
Fecha

*Incluya las páginas 1 a 5 de su solicitud junto con las copias de los documentos de elegibilidad. Doble con cuidado y utilice cinta adhesiva para cerrar antes de enviarla por correo.*

---



NO POSTAGE  
NECESSARY  
IF MAILED  
IN THE  
UNITED STATES



**BUSINESS REPLY MAIL**  
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 2114 BALTIMORE, MD

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

MARYLAND ACCESSIBLE TELECOMMUNICATIONS  
301 W PRESTON ST STE 1008A  
BALTIMORE MD 21298-7989



# Solicitud para el programa MAT, Parte 5

## FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

Solicitante: Por favor, complete esta parte y entregue el formulario a su médico, audiólogo, consejero de rehabilitación o patólogo del habla.

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: mm/dd/aaaa \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social (últimos 4 dígitos) \_\_\_\_\_

**Autorizo a MAT a tener acceso y utilizar la información contenida en este Formulario de Certificación de Discapacidad.**

Firma del Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### SECCIÓN DE CERTIFICACIÓN PROFESIONAL

**Nota para el Proveedor de Servicios de Salud:** Este formulario debe ser completado por un profesional con licencia vigente, como se indica a continuación, que actúe dentro del ámbito de su licencia, o por un representante autorizado de una agencia estatal o institución educativa aprobada por el programa de Acceso a las Telecomunicaciones De Maryland.

Certifico que la persona arriba mencionada tiene la(s) discapacidad(es) marcada(s) a continuación y está limitada en su capacidad para utilizar un teléfono convencional.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

#### Marque uno:

- Médico       Audiólogo       Consejero de Rehabilitación       Patólogo del Lenguaje  
 Trabajador Social       Psicólogo       Consejero de Salud Mental  
 Profesional de Enfermería Registrado (RN)       Profesional de Enfermería Practicante con Licencia (LPN)  
 Fisioterapeuta       Otro profesional de salud (especifique) \_\_\_\_\_

Dirección de la Oficina: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de Licencia/Certificación del Estado \_\_\_\_\_

#### DISCAPACIDAD (marque todo lo que corresponda)

- Sordera** - pérdida de audición de severa a profunda; no puede beneficiarse de la amplificación del teléfono.  
 **Dificultad Auditiva** - necesita amplificación para utilizar eficazmente el teléfono.  
La pérdida auditiva es:  leve  moderada  severa  
 **Baja Visión/Ceguera** - la visión con corrección es de 20/200 o menos en el mejor ojo, o el campo visual es de 10 grados o menos  
 **Sordoceguera** - pérdida auditiva de severa a profunda y visión con corrección de 20/200 o menos en el mejor ojo, o el campo visual es de 10 grados o menos.  
 **Dificultad en el Habla** - no puede hablar de forma inteligible, o requiere amplificación para ser escuchado en el teléfono.  
 **Movilidad Limitada** -  parte superior del cuerpo  parte inferior del cuerpo  ambos - capacidad reducida para tomar, levantar, sostener o marcar el teléfono, o capacidad reducida para tomar el teléfono cuando suena.  
 **Dificultad Cognitiva** - capacidad deteriorada para marcar una serie de números, para acceder (o memorizar) una lista de números de teléfono, o para utilizar el teléfono para obtener servicios de emergencia.

#### Nota para el Proveedor de Servicios de Salud Autorizado

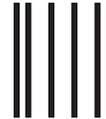
Este formulario puede enviarse por fax directamente al 410-767-4276. O puede escanearse y enviarse por correo electrónico a MAT.Program1@Maryland.gov.

¿Preguntas? Llame al servicio de atención al cliente al 800-552-7724 o al 410-767-7253 (voz/TTY) 410-801-9618 (Teléfono con Video).

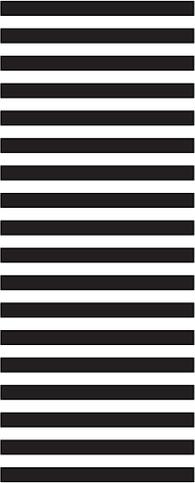
Por favor separe a lo largo de la perforación, complete la sección superior y entregue este formulario a su médico, audiólogo, consejero de rehabilitación o logopeda para que lo complete y lo devuelva directamente a MAT.

*Doble y cierre con cinta adhesiva antes de enviarlo por correo.*

---



NO POSTAGE  
NECESSARY  
IF MAILED  
IN THE  
UNITED STATES



**BUSINESS REPLY MAIL**  
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 2114 BALTIMORE, MD

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

MARYLAND ACCESSIBLE TELECOMMUNICATIONS  
301 W PRESTON ST STE 1008A  
BALTIMORE MD 21298-7989

